



مقایسه نتایج و پیامدهای هیستریکتومی شکمی به روش **Fast Track** با هیستریکتومی شکمی روتین

## Comparision of outcomes of Fast Track Hysterectomy VS Routine Hysterectomy in Kosar educational Hospital



علوم پزشکی قزوین



منابع



اطلاعات تفصیلی



مجری و همکاران



صفحه نخست سامانه

چاپ صفحه

مجریان: خدیجه علمی زاده ، میثاء نقدی پور میرصادقی

کلمات کلیدی: **Fast Track**، هیستریکتومی، ناشتایی، **VAS**، تهوع و استفراغ



### اطلاعات کلی طرح

کد طرح	۱۴۰۰۱۹۴۰
عنوان فارسی طرح	مقایسه نتایج و پیامدهای هیستریکتومی شکمی به روش <b>Fast Track</b> با هیستریکتومی شکمی روتین
عنوان لاتین طرح	Comparision of outcomes of Fast Track Hysterectomy VS Routine Hysterectomy in Kosar educational Hospital
کلمات کلیدی	<b>Fast Track</b> ، هیستریکتومی، ناشتایی، <b>VAS</b> ، تهوع و استفراغ
نوع طرح	
نوع مطالعه	
مدت اجراء - روز	۲۷۰
ضرورت انجام تحقیق	هیستریکتومی یکی از عملهای ژنیکولوژیک مازور و دومین عمل شایع بعد از سزارین در زنان میباشد. جراحی <b>Fast Tract</b> مدلیست که

پاسخ هورمونی به استرس ناشی از جراحی را کاهش و ریکاوری بعدعمل را بهبود می بخشد. این مدل بندرت در عملهای ژنیکولوژیک بررسی شده. **Fast Track** رویکردی برای پیشگیری و کاهش فاکتورهای موثر بر موربیدیتی بعدعمل فراهم میآورد. از آنجا که استفاده از این مدل و بررسی پیامدهای آن در مورد هیستریکتومی به ندرت در دنیا بررسی شده و همچنین کاربرد آن تا کنون در ایران صورت نگرفته است و این روش میتواند بار مالی کمتری به بیمار و سیستم درمان وارد نماید، محقق بر آن شد تا از این مدل در موارد هیستریکتومی انجام شده در مرکز آموزشی درمانی کوثر استفاده نماید و نتایج و آثار آن را در بهبود رضایت و کیفیت زندگی بیمار بررسی نماید.

هدف کلی	مقایسه نتایج و پیامدهای هیستریکتومی شکمی به روش <b>Fast Track</b> با هیستریکتومی شکمی روتین
خلاصه روش کار	بیماران مراجعه کننده به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی کوثر کاندید عمل هیستریکتومی وارد مطالعه میگردد. اطلاعات به بیمار ارائه می گردد. اطلاعات دموگرافیک در چک لیست هایی ثبت میگردد و بیماران وارد شده به صورت تصادفی در گروه دریافت کننده مدل <b>Fast Track</b> و مدل روتین تقسیم میشوند. بیماران گروه مورد، نیاز به ناشتایی ندارند، بیمار از ۶ ساعت بعدعمل تشویق به حرکت میشود. کاتتر فولی به محض راه افتادن بیماران در گروه مورد خارج شده. کنترل درد از طریق <b>VAS</b> و وجود تهوع و استفراغ و خارش ۱۲، ۳۶ و ۲۴ ساعت بعد عمل در چک لیست های مربوطه ثبت می

اطلاعات مجری و همکاران				
نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	درجه تحصیلی	پست الکترونیک
خدیدجه علمی زاده	مجری	استاد راهنما		
عزت السادات حاج سید جواد	استاد مشاور	استاد مشاور	تخصص	
میثاء نقدی پور میرصادقی	مجری	اجراء طرح		m_naghdipour@yahoo.com
زهره یزدی	مشاور آماری	آنالیز آماری	تخصص	yazdizohreh@yahoo.com
سیده معصومه حسینی ولمی	استاد مشاور	استاد مشاور		parspayas@yahoo.com

اطلاعات تفصیلی	
عنوان	متن
چکیده طرح	هیستریکتومی یکی از عملهای ژنیکولوژیک مآزور و دومین عمل شایع بعد از سزارین در زنان میباشد. جراحی بروش <b>Fast Tract</b> مدلیست که پاسخ هورمونی به استرس ناشی از جراحی را کاهش و ریکاوری بعدعمل را بهبود می بخشد. این مدل بندرت در عملهای ژنیکولوژیک بررسی شده. <b>Fast Track</b> رویکردی برای پیشگیری و کاهش فاکتورهای موثر بر موربیدیتی بعدعمل فراهم میآورد. از آنجا که استفاده از این مدل و بررسی پیامدهای آن در مورد هیستریکتومی به ندرت در دنیا بررسی شده و همچنین کاربرد آن تا کنون در ایران صورت نگرفته است و این روش میتواند بار مالی کمتری به بیمار و سیستم درمان وارد نماید، محقق بر آن شد تا از این مدل

در موارد هیستریکتومی انجام شده در مرکز آموزشی درمانی کوثر استفاده نماید و نتایج و آثار آن را در بهبود رضایت و کیفیت زندگی بیمار بررسی نماید.

## پیشینه طرح

مطالعه ی Kroon و همکارانش در سال ۲۰۱۰ در سوئد به منظور بررسی هیستریکتومی به روش Fast Track انجام شد. ۵۳ بیمار که تحت هیستریکتومی ایدومینال قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند. بیماران در دو گروه تقسیم شدند گروه اول مورفین با دوز کم به صورت اینتراتکال و گروه دوم آنالژزی تحت کنترل بیمار (مورفین) دریافت کردند. میزان درد با اسکور بینایی درد (VAS) بررسی شد. بیماران دریافت کننده مورفین اینتراتکال به طور معنی داری کمتر در بخش ریکاوری باقی ماندند. متوسط ۱۸۰ دقیقه در گروه یک در مقابل متوسط ۲۳۷ دقیقه در گروه دو ( $P < 0.001$ ). شروع مایعات خوراکی نیز در دو گروه تفاوت آماری معنی داری داشت: ۴ ساعت در گروه اول در برابر پنج ساعت در گروه دوم ( $P < 0.001$ ). میزان تهوع در روز اول بعد از عمل در گروه یک بطور معنی داری کمتر از گروه دو بود ( $P < 0.001$ ). مدت زمان بستری در بیمارستان گروه یک نیز کمتر بوده است ( $P < 0.001$ ). هیچ تفاوتی از نظر عوارض بعد از عمل در دو گروه وجود نداشت و یک بیمار از هر گروه به علت عفونت کاف مجدداً در بیمارستان بستری شد (۹). - مطالعه ی توسلی و همکارانش در سال ۲۰۰۵ به بررسی مقایسه ای تأثیر شروع زودرس و تأخیری تغذیه خوراکی بعد از هیستریکتومی ایدومینال پرداخته بود. ۸۰ بیمار کاندید عمل هیستریکتومی شکمی وارد مطالعه شدند. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه با شروع زودرس خوراکی و شروع تأخیری تقسیم شدند. گروه اول در عرض ۸-۶ ساعت پس از عمل رژیم خوراکی دریافت کردند درحالی که گروه دوم (تغذیه تأخیری) تا ۲۴-۱۸ ساعت تغذیه خوراکی دریافت نکردند و سپس رژیم مایعات صاف شروع و در طی روزهای دوم و سوم تبدیل به رژیم معمولی شد. تعداد بیماران ۸۰ نفر بود به طوری که ۴۰ نفر در هر گروه تحت مطالعه قرار گرفتند. بیماران از نظر سن، نوع بیماری و طول مدت جراحی یکسان بودند. در گروه تغذیه زودهنگام، تهوع شایعتر بود. استفراغ، دیستانسیون طولانی مدت شکمی، ایلئوس پس از عمل، میزان نیاز به گذاشتن سوند معده در هر دو گروه تقریباً یکسان بود. طول زمان برگشت صداهای روده ای (در گروه با تغذیه زودرس  $1.1 \pm 1.7$  روز در مقایسه با  $2.2 \pm 1.1$  روز ( $P = 0.007$ ) زمان شروع رژیم جامد (در گروه با تغذیه زودرس  $1.2 \pm 1.8$  روز در مقایسه با  $1.4 \pm 2.9$  روز ( $P < 0.0001$ ) و مدت بستری (در گروه با تغذیه زودرس  $1 \pm 3.2$  روز در مقایسه با  $3.1 \pm 5.3$  روز ( $P = 0.007$ ) بود که به طور قابل ملاحظه ای کمتر می باشد. در این مطالعه بیان شد که تغذیه زودرس خوراکی در بیماران هیستریکتومی شده، به نظر می رسد روشی سالم و قابل تحمل بوده و ترخیص سریع بیمار را فراهم می کند (۱۵). - مطالعه ی Kjolhede و همکارانش در سال ۲۰۱۲ در سوئد به منظور بررسی تأثیر روش بی حسی بر کیفیت خواب بیماران تحت هیستریکتومی شکمی به روش Fast Track انجام شد. این مطالعه بیان کرد که کیفیت خواب در شب اول بعد جراحی یک فاکتور مهم بهبود می باشد. خانمهای تحت بیهوشی عمومی کیفیت بد خواب را در شب اول بعد از عمل تجربه کردند که بطور معنی داری از گروه تحت بی حسی نخاعی بیشتر بود ( $P < 0.003$ ) که این امر منحصر به مرتبط با مصرف بیشتر اپیوئیدها بعد از عمل در گروه تحت بیهوشی عمومی نسبت به بی حسی نخاعی بوده است. ریسک فاکتورهای کیفیت بد خواب در شب اول بعد جراحی شامل مصرف اپیوئید ( $P = 0.003$ )، عدم مصرف ضد تهوع ها ( $P = 0.005$ ) بود. مدت زمان بیشتر بستری در بیمارستان قویاً مرتبط با کیفیت ضعیف تر خواب در شب اول بعد از عمل بود. در این مطالعه نشان داده شد که در برنامه Fast Track استفاده از بی حسی نخاعی و آنالژزی های چندگانه جهت کاهش مصرف اپیوئید بسیار مهم است (۱۷). - مطالعه Nilson و همکارانش به منظور بررسی عوارض و پیامدهای هیستریکتومی به روش Fast Track پرداخته بود. اطلاعات این مطالعه که از ۵ بیمارستان در سوئد به دست آمده بود شامل ۱۶۲ بیمار کاندید هیستریکتومی بود. اجزای Fast Track در این مطالعه شامل معیارهای ترخیص زودتر و محدودیت مایعات وریدی بود. عوارض بیماران در طی پیگیری هفته ای ثبت شد که عمدتاً مربوط به عفونت و ترمیم زخم بود. این عوارض اکثراً ب صورت سرپایی قابل درمان بودند. ریسک فاکتورهای عوارض بعد عمل شامل چاقی ( $OR: 8.83$ )، سابقه لاپاراتومی قبلی ( $OR: 2.92$ ) و افزایش نسبی وزن بدن در روز اول بعد جراحی بود ( $OR: 1.52$ ). در این مطالعه نشان داده شد که عفونت مختصر و عوارض مربوط به ترمیم زخم در خانمهای نسبتاً سالم از سایر جهات که تحت هیستریکتومی شکمی به روش Fast

**Track** شایع میباشد و چاقی یک ریسک فاکتور مهم آن است (۱۸). - مطالعه **Minig** و همکاران در سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۴ به منظور بررسی پیامدهای هیستریکتومی واژینال به روش **Fast Track** انجام شد. این بررسی یک مطالعه مشاهده ای آینده نگر بود که در اسپانیا انجام شد. اجزای **Fast Track** در این مطالعه شامل ارائه اطلاعات کافی به بیمار، تجویز ۸ میلی گرم دگزامتازون وریدی حین عمل و برداشتن کاتتر ادراری به محض اتمام عمل، به حرکت درآوردن سریع بیمار و شروع تغذیه خوراکی زودهنگام بود. پیامدهای اصلی مورد بررسی در این مطالعه تعداد روزهای بستری بعد عمل بود. ۸۸ بیمار وارد مطالعه شدند. میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان ۷/۲۲ ساعت (۷۲-۵ ساعت) بود. ترخیص در روز عمل در ۲۴ بیمار (۲۷٪) امکان پذیر بود. ۵۸٪ بیماران بعد از یک شب بستری در بیمارستان ترخیص شدند و نهایتاً ۱۳ بیمار (۱۵٪) بعد از ۳۶ ساعت بستری از بیمارستان مرخص شدند. ۱۳٪ بیماران مجدداً مراجعه کردند و ۳ بیمار مجدداً بستری شدند. در این مطالعه نشان داده شد که **Fast Track** مدلی ایمن و قابل اجرا میباشد (۱۹).

فهرست کلی فصول	این پروپوزال در مرحله اجرایی میباشد. در نهایت شامل ۵ فصل (مقدمه و بیان مسئله/پیشینه تحقیق/اهداف/جداول و نمودارها/بحث) خواهد بود.
هدف از اجرا	مقایسه نتایج و پیامدهای هیستریکتومی شکمی به روش <b>Fast Track</b> با هیستریکتومی شکمی رایج
فرضیات یا سوالات پژوهشی	H۰: نتایج و پیامدهای هیستریکتومی شکمی با استفاده از روش <b>Fast Track</b> با هیستریکتومی شکمی تفاوت ندارد. H۱: نتایج و پیامدهای هیستریکتومی شکمی با استفاده از روش <b>Fast Track</b> با هیستریکتومی شکمی تفاوت دارد.
چه موسساتی می توانند از نتایج طرح استفاده نمایند؟	این طرح بیشتر در مورد کم کردن هزینه سلامت چه برای بیمار و چه برای سیستم درمان است.
در صورت ساخت دستگاه نظر صنعت و داوران	دستگاهی در این طرح ساخته نمیشود.
کلید واژه های فارسی	هیستریکتومی، ناشتایی، تهوع و استفراغ
روش پژوهش و تکنیک های اجرایی	این مطالعه یک مطالعه مورد شاهدهی (آینده نگر تصادفی) میباشد، کلیه بیماران مراجعه کننده به درمانگاه بیماریهای زنان مرکز آموزشی درمانی کوثر از تاریخ ۱ اردیبهشت ۱۳۹۵ که کاندید عمل هیستریکتومی می شوند، وارد مطالعه می گردند (مجموعاً ۶۲ بیمار طبق محاسباتی که در ادامه بیان میشود). معیارهای ورود به مطالعه: سن ۱۸ تا ۷۰ سال کاندید هیستریکتومی. معیارهای خروج از مطالعه: کنترل اندیکاسیونهای بیهوشی عمومی، آلرژی به مواد دارویی مورد استفاده در طرح، نیاز به پرپ مکانیکی و شیمیایی روده قبل از عمل، نیاز به گذاشتن درن بعد عمل، ناتوانی جسمی، بیماری روانی شدید یا ناتوانی ذهنی و نهایتاً بیمارانی که حین عمل دچار آسیب مثانه و روده شده باشند. توسط پژوهشگر اطلاعات کاملی از کلیه مراحل مطالعه قبل از ورود به بیمار ارائه می گردد. در مورد نوع جراحی از نظر برداشتن یا باقی گذاشتن تخمدان و سرویکس بر پایه نظر جراح و همچنین مراقبتهای بعد از عمل نیز به بیمار آگاهی داده خواهد شد. از تمام بیماران رضایت نامه کتبی آگاهانه جهت ورود به طرح اتخاذ میگردد. اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل: سن، گرویت، شاخص توده بدنی، بیماری های طبعی همراه (مشکلات تیروئیدی، هیپرتانسیون، دیابت و مشکلات قلبی و بیماریهای مزمن ریوی)، سابقه جراحی شکمی قبلی، اندیکاسیون هیستریکتومی در چک لیست هایی ثبت میگردد و بیماران وارد شده به مطالعه که کاندید هیستریکتومی ساده میباشند از طریق کارتهای رنگی که در دو رنگ زرد و قرمز طراحی شده اند به صورت تصادفی در گروه دریافت کننده مدل <b>Fast Track</b> : گروه مورد(کارت قرمز) و جراحی روتین: گروه شاهد (کارت زرد) تقسیم خواهند شد. همچنین بیماران کاندید جراحی وسیع تر در موارد بدخیم به همین صورت در دو گروه به صورت تصادفی تقسیم خواهند

شد. پس از بستری بیماران، بیماران گروه **Fast Track**، نیاز به ناشتا بودن ندارند، حتی ۲ لیوان مایع شیرین صاف شده، ۲ ساعت قبل عمل دریافت می نمایند. حال آنکه در گروه شاهد بیماران از ۱۲ ساعت قبل عمل ناشتا میباشند. مایع درمانی در گروه مورد بصورت محدود و ۵۰۰ سی سی رینگ در عرض یک ساعت قبل عمل میباشد. در گروه کنترل مایع درمانی به صلاحدید بیهوشی و بدون محدودیت انجام میگردد. پروفیلاکسی آنتی بیوتیک طبق دستورالعمل بیمارستان برای کلیه بیماران تجویز خواهد شد. کاتتر فولی نیز قبل جراحی تعبیه میشود. در گروه **Fast Track** بلافاصله قبل عمل یک عدد شیاف ۱۰۰ میلی گرم رکتال گذاشته میشود. بیهوشی عمومی: توسط پروپوفل با دوز ۱-۲ mg/kg و فنتانیل ۱-۲ µg/kg داخل وریدی القا خواهد شد. سپس انتوباسیون تراشه صورت میگیرد که با روکورو نیوم داخل وریدی با دوز ۰/۶ mg/kg تسهیل میشود. این مدل از بیهوشی تا زمان تزریق ۶-۱۰ mg/kg/hr پروپوفل ادامه دارد. طبق صلاحدید متخصص بیهوشی در صورت لزوم روکورو نیوم و فنتانیل تکرار خواهد شد. انفوزیون مداوم فنیل افرین (۴۰ µg/ml) در زمانی که فشار سیستولیک بیشتر از ۳۰ درصد نسبت به ابتدای عمل افت داشته باشد، تزریق خواهد شد. روش بیهوشی در هر دو گروه تقریباً یکسان است با این تفاوت که در گروه **Fast Track** از تکرار فنتانیل فقط در زمان القای بیهوشی استفاده میکنیم و این دارو حتی الامکان در طی عمل تکرار نخواهد شد. جهت پروفیلاکسی تهوع و استفراغ در گروه **Fast Track** ۸ میلی گرم بتامتازون داخل وریدی بعد القای بیهوشی میدهیم. هیستروکتومی به روش روتین بیمارستان انجام می گردد. مایع درمانی حین عمل در گروه **Fast Track** به میزان مایعات از دست رفته حین عمل میباشد. بی حسی موضعی به صورت ۱۰۰ میلی گرم بوپیواکائین (۲.۵ mg/ml) به صورت زیرجلدی و در اطراف فاشیا در برش جراحی در انتهای عمل در گروه **Fast Track** تزریق خواهد شد. در گروه **Fast Track** ۴ میلی گرم اندانسترون داخل وریدی قبل اتمام جراحی، ۴ میلی گرم اندانسترون داخل وریدی در ریکاوری نیز تجویز خواهد شد. مجدداً ۱۰۰ میلی گرم شیاف دیکلوفناک رکتال در انتهای عمل گذاشته میشود. بعد ورود بیمار به بخش، در گروه ۱۰۰، **Fast Track** سی سی در ساعت رینگ لاکتات تا شروع تغذیه خوراکی تجویز میشود. در گروه کنترل دریافت مایعات طبق روتین بدون محدودیت میباشد (به میزان ۳ لیتر سرم ۱/۳ ۲/۳ در ۲۴ ساعت) دریافت می نمایند. مسکن در گروه مورد هر ۶ ساعت استامینوفن ۵۰۰ میلی گرم خوراکی و هر ۸ ساعت دیکلوفناک ۱۰۰ میلی گرم رکتال خواهد بود. ترجیحاً هیچ مسکن اپیوئیدی مصرف نخواهد شد و ترکیباتی همچون مورفین در دردهای شدید داده خواهد شد. مونیتور کردن وضعیت همودینامیک بیماران هر دو گروه، طبق روتین بخش انجام میشود. به بیماران در گروه مورد اجازه خوردن هرچه سریع تر مایعات حداقل دو ساعت بعد عمل و حداکثر تا شش ساعت بعد عمل در صورت تحمل داده خواهد شد. دسته بندی شدت تهوع در ۳ گروه بدون تهوع، تهوع کم بدون استفراغ و بدون نیاز به ضد تهوع و تهوع شدید همراه استفراغ نیازمند به ضد تهوع بررسی خواهد شد و داروی ضد تهوع (اندانسترون ۴ میلی گرم داخل وریدی) بصورت PRN در مواقع تهوع و استفراغ داده خواهد شد. بیمار از ۶ ساعت بعد عمل تشویق به حرکت میشود. در گروه شاهد بیماران پس از ۲۴ ساعت اجازه راه رفتن و خوردن مایعات صاف شده را خواهند داشت. کاتتر فولی به محض راه افتادن بیماران در گروه مورد خارج شده ولی تا صبح روز بعد از عمل در گروه شاهد باقی خواهد ماند. کنترل درد از طریق VAS و وجود تهوع و استفراغ و خارش ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ساعت بعد عمل در چک لیست های مربوط هر بیمار ثبت خواهد شد، زمان اولین دفع گاز نیز از بیمار سوال و ثبت خواهد شد. پرسشنامه کیفیت خواب برای خواب شب اول بعد جراحی برای کلیه بیماران پر خواهد شد. عوارض بعد جراحی شامل: خونریزی شدید، نیاز به تزریق خون، جراحی مجدد به هر علت مربوط به هیستروکتومی، DVT و آمبولی ریه و همچنین بستری مجدد، عفونت مجاری ادراری، باقی ماندن فولی در زمان ترخیص، عوارض زخم شامل خونریزی و عفونت، خونریزی و عفونت کاف واژن، ایلئوس شدید و طول کشیده نیز ثبت خواهد شد. کرایتریاهای استاندارد برای ترخیص بیمار: خانمهایی که حرکت کرده باشند (راه بروند)، تحمل رژیم معمولی را داشته باشند، به راحتی قادر به ادرار کردن باشند، کنترل درد کافی با مسکن های خوراکی داشته باشند، تب و علائم انسداد روده وجود نداشته باشند، قابل ترخیص میباشند. اگر بیمار به هر علتی قابل ترخیص نبود، علت عدم ترخیص در هر دو گروه ثبت می گردد. بیماران یک هفته بعد ترخیص که برای کشیدن بخیه ها مراجعه می نمایند از نظر وجود عوارض مجدداً بررسی خواهند شد.

دلایل ضرورت و توجیه انجام کار  
اجزای Fast Track به تفکیک عبارتند از : ارائه اطلاعات کافی به بیمار، کاهش زمان ناشتایی قبل عمل پروفیلاکسی ضد تهوع و استفراغ قبل عمل، استفاده از آنالژزی های غیر اپیوئیدی یا اپیوئیدی کوتاه اثر، اجتناب از پرب روده، اجتناب از دریافت بیش از حد مایعات حین عمل، اجتناب از گذاشتن لوله نازوگاستریک و درن، تجویز ضد درد موضعی، پروفیلاکسی ترومبوآمبولی شروع زودرس تغذیه و به راه انداختن سریع بیمار بعد عمل . از آنجا که استفاده از این مدل و بررسی پیامدهای آن در مورد هیستریکتومی به ندرت در دنیا بررسی شده و همچنین کاربرد آن تا کنون در ایران صورت نگرفته است و این روش میتواند بار مالی کمتری به بیمار و سیستم درمان وارد نماید، محقق بر آن شد تا از این مدل در موارد هیستریکتومی انجام شده در مرکز آموزشی درمانی کوثر استفاده نماید و نتایج و آثار آن را در بهبود رضایت و کیفیت زندگی بیمار بررسی نماید.

کلید واژه های فارسی بازنگری شده	هنوز طرح به اتمام نرسیده است.
فهرست منابع و مراجع علمی داخلی	<p>۱۵. Tavassoli F, Tavassoli A, Vahid Roodsari , Tavassoli S. A Comparison of Safety and Efficacy of Early and Delayed Oral Feeding after Abdominal Hysterectomy. Available at WWW.SID.ir</p>
فهرست منابع و مراجع علمی خارجی	<p>۱. Gorlero F, Lijoi D, Biamonti M, Lorenzi P, Pullè A, Dellacasa I, et al. Hysterectomy and women satisfaction: total versus subtotal technique. Arch Gynecol Obstet. ۲۰۰۸; ۲۷۸(۵):۴۰۵-۱۰. ۲. Socialstyrelsen. The National Board of Health and Welfare. Statistical databases. Web link: www.socialstyrelsen.se/en/Statistics ۳. Persson P, Hellborg T, Brynhildsen J, Fredrikson M, Kjølhed P. Attitudes to mode of hysterectomy--a survey-based study among Swedish gynecologists. Acta Obstet Gynecol Scand. ۲۰۰۹a; ۸۸(۳):۴۶۷-۷۴. ۴. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. ۲۰۰۹. ۵. Shehmar M, Gupta JK. The influence of psychological factors on recovery from hysterectomy. J R Soc Med. ۲۰۱۰; ۱۰۳:۵۶-۵۹. ۶. Carter J, Szabo R, Sim WW, Pather S, Philp S, Nattress K et al. Fast track surgery: a clinical audit. Aust N Z J Obstet Gynaecol. ۲۰۱۰; ۵۰(۲):۱۵۹-۶۳. ۷. Kehlet H. Fast-track colorectal surgery. Lancet ۲۰۰۸a Mar ۸; ۳۷۱(۹۶۱۵):۷۹۱-۳. ۸. Varadhan KK, Lobo DN, Ljungqvist O. Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical care. Crit Care Clin. ۲۰۱۰; ۲۶(۳):۵۲۷-۴۷. ۹. Kroon U-B, Rådström M, Hjelthe C, Dahlin C, Kroon L. Fast-track hysterectomy: A randomised, controlled study. Eur J Obstet Gynecol ۲۰۱۰; ۱۵۱(۲):۲۰۳-۲۰۷. ۱۰. Kjolhede P, Langstrom P, Nilson P, Wodlin NB, Nilson L. The impact of quality of sleep on recovery from Fast-Track Abdominal Hysterectomy. J of Clinical Sleep Med ۸(۴); ۲۰۱۲: ۳۹۵-۴۰۲. ۱۱. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. BMJ. ۲۰۰۱; ۳۲۲(۷۲۸۴):۴۷۳-۶. ۱۲. White PF, Kehlet H, Neal JM, Schricker T, Carr DB, Carli F. The role of the anaesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. Anesth Analg. ۲۰۰۷; ۱۰۴:۱۳۸۰-۹۶. ۱۳. Holte K, Kehlet H. Fluid therapy and surgical outcomes in</p>

elective surgery: a need for reassessment in fast-track surgery. J Am Coll Surg. ۲۰۰۶;۲۰۲:۹۷۱-۸۹. ۱۴. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. Br J Surg. ۲۰۰۶;۹۳(۷):۸۰۰-۹. ۱۵. Tavassoli F, Tavassoli A, Vahid Roodsari, Tavassoli S. A Comparison of Safety and Efficacy of Early and Delayed Oral Feeding after Abdominal Hysterectomy. Available at WWW.SID.ir. ۱۶. Borendel Wodlin N. Fast Track abdominal hysterectomy on the made of anesthesia, postoperative recovery and health economics. Linkoping University Medical Dissertation. no.۱۲۵۱. ۱۷. Kjolhede P, Longstrom p, Nilson P, Wodlin NB, Nilson B. The impact of quality of sleep on recovery from fast track abdominal hysterectomy. J Clin Sleep Med. ۲۰۱۲ Aug ۱۵;۸(۴):۳۹۵-۴۰۲. ۱۸. Nilsson L, Wodlin NB, Kjolhede P. Risk factors for postoperative complications after fast-track abdominal hysterectomy. Australian and New Zealand J of ob and gyn ۲۰۱۲; ۵۲(۲): ۱۱۳-۱۲۰. ۱۹. Minig L, Chuang L, Patrono MG, Chereguini MF, Cardena Rebollo JM. Clinical outcomes after fast-track care in women undergoing laparoscopic hysterectomy. Int J of Gyn Obs ۲۰۱۵; ۱۳۱(۳), ۳۰۱-۳۰۴

خلاصه نتیجه اجرای طرح	هنوز طرح به اتمام نرسیده است.
سابقه علمی طرح و پژوهش‌های انجام شده با ذکر مأخذ به ویژه در ایران	در ایران طرحی با این مضمون انجام نشده است.
خلاصه طرح طبق اهداف پیش بینی شده	هیستریکتومی یکی از عملهای ژنیکولوژیک مازور و دومین عمل شایع بعد از سزارین در زنان میباشد. جراحی بروش Fast Tract مدلیست که پاسخ هورمونی به استرس ناشی از جراحی را کاهش و ریکاوری بعدعمل را بهبود می بخشد. این مدل بندرت در عملهای ژنیکولوژیک بررسی شده. Fast Track رویکردی برای پیشگیری و کاهش فاکتورهای موثر بر موربیدیتی بعدعمل فراهم میاورد. از آنجا که استفاده از این مدل و بررسی پیامدهای آن در مورد هیستریکتومی به ندرت در دنیا بررسی شده و همچنین کاربرد آن تا کنون در ایران صورت نگرفته است و این روش میتواند بار مالی کمتری به بیمار و سیستم درمان وارد نماید، محقق بر آن شد تا از این مدل در موارد هیستریکتومی انجام شده در مرکز آموزشی درمانی کوثر استفاده نماید و نتایج و آثار آن را در بهبود رضایت و کیفیت زندگی بیمار بررسی نماید.
WhatRequirementsAreMet	ابزار مورد بررسی در این طرح پرسشنامه و معیار VAS است.
ملاحظات گروه	گروه زنان با این طرح در تاریخ ۳۰/۱/۹۵ موافقت کرده اند.
ملاحظات ناظر	طرح در دست بررسی در دانشگاه. ناظرین در بیمارستان موافقت کرده اند.
HomeAddress	بیمارستان کوثر
WorkPlace	بیمارستان کوثر
جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری	۶۲ خانم (طبق فرمول زیر) واجد شرایط با اندیکاسیون هیستریکتومی از تاریخ ۱ اردیبهشت وارد مطالعه خواهند شد که طبق مطالب

فوق به صورت تصادفی در دو گروه ۳۱ نفره تقسیم خواهند شد.  $N=62$   $Z1-\alpha/2=1.96$   $Z1-\beta=0.85$   $P2=0.42$   $P1=0.22$  در هر گروه ۳۱ نفر

#### بیان مسأله و بررسی متون

هیستریکتومی یکی از عملهای ژنیکولوژیک مائور و دومین عمل شایع بعد از سزارین در زنان میباشد. (۱) حدوداً ۵۰۰۰ هیستریکتومی سالانه به علت مسائل خوش خیم مانند میوم ها، اختلالات خونریزی دهنده و غیره در کشورهای توسعه یافته انجام می شود. (۲) در نتیجه هیستریکتومی نوعی جراحی است که زنان بسیاری را تحت الشعاع قرار میدهد. هیستریکتومی میتواند به روشهای شکمی، واژینال و لاپاراسکوپی انجام شود که انتخاب آن بر پایه ترجیح و تبحر جراح میباشد. (۳) روش ابدومینال هنوز شایع ترین و تنها روش هیستریکتومی در رحم های بزرگ میباشد. (۴) صرف نظر از نحوه انجام هیستریکتومی، این جراحی هنوز داری چالش هایی در زمینه اقدامات قبل، حین و بعد عمل میباشد. بطور ایده آل اعمال جراحی الکتیو نباید برای بیمار تاثیرات منفی داشته باشد، بطوریکه بیمار باید قادر باشد به سرعت به تحرک قبلی بازگشته و کمترین روزهای بستری در بیمارستان و مرخصی از کار را داشته باشد. اما واقعیت امری متفاوت است و بطور کلی جراحی و بیهوشی تاثیر منفی روی فیزیولوژی داشته و همچنین منجر به ایجاد احساس ناخوشایند در بیمار میشود. (۵) جراحی به روش **Fast Track** یک استراتژی چند مدلی است که پاسخ هورمونی به استرس ناشی از جراحی را کاهش داده و ریکاوری بعد از عمل را بدون نیاز به بستری مجدد بهبود می بخشد (۶،۷). مفهوم **Fast Track** اولین بار در جراحی های کولورکتال در اوایل دهه ۱۹۹۰ توسط **Henrik Kellet** در دانمارک بیان شد، هدف این روش کاهش استرس حین عمل و تسریع بهبود بعد عمل بدنبال جراحی های الکتیو بود. (۸) استراتژی **Fast Track** به ندرت در عملهای جراحی ژنیکولوژیک بررسی شده است (۷،۹). اختلالات ارگانه های مختلف بعد جراحی ممکن است مرتبط با تغییرات القا شده با پاسخ هورمونی ناشی از استرس جراحی باشد. مدل **Fast Track** این پاسخ استرسی را کاهش میدهد. (۱۰ و ۱۱). فاکتورهای متعددی در موربیدیتی بعد عمل، مدت زمان بستری در بیمارستان و بهبود بعد عمل دخالت دارند که این فاکتورها شامل درد، تهوع و استفراغ بعد عمل، ایلئوس پارالیتیک و ضعف و خستگی میباشد. **Fast Track** رویکردی برای پیشگیری و کاهش این فاکتورها فراهم میآورد و اصول آن شامل فراهم آوردن اطلاعات برای بیمار قبل، حین و بعد عمل، بی دردی ایمن وبا کمترین مصرف اپیوئید، جراحی کمتر تهاجمی، اداره بهینه درد و تهوع بعد عمل بیمار، تغذیه سریع بیمار بعد از عمل، زود به راه انداختن بیمار و مایع درمانی داخل وریدی حین عمل میباشد (۱۲، ۱۳، ۱۴). اخیراً به تاخیر انداختن تغذیه بعد عمل مورد سوال قرار گرفته و شروع سریعتر تغذیه جزئی از اجزای استراتژی **Fast Track** میباشد که منجر به عدم کاهش ذخیره پروتئینی، بهبود ترمیم زخم و... میشود، استراتژی **Fast Track** توانسته است مدت بستری در بیمارستان و هزینه ها را کاهش دهد (۱۵). بر پایه مطالعات منتشر شده در رابطه با جراحی به روش **Fast Track** بسیار مشکل است که تاثیر هر کدام از اجزای این استراتژی را بر پیامدهای جراحی بررسی نماییم؛ بهبود ریکاوری میتواند بر کاهش علائم بیمار، بهبود کیفیت زندگی از طریق توانایی سریع حرکت کردن بیمار و احتمالاً مقرون به صرفگی و ترخیص زودتر از بیمارستان دلالت داشته باشد. بنابراین این روش هم برای بیمار و هم سیستم درمان میتواند حائز فوایدی باشد (۱۶). اجزای **Fast Track** به تفکیک عبارتند از: ارائه اطلاعات کافی به بیمار، کاهش زمان ناشتایی قبل عمل پروفیلاکسی ضد تهوع و استفراغ قبل عمل، استفاده از آنالژزی های غیر اپیوئیدی یا اپیوئیدی کوتاه اثر، اجتناب از پرب روده، اجتناب از دریافت بیش از حد مایعات حین عمل، اجتناب از گذاشتن لوله نازوگاستریک و درن، تجویز ضد درد موضعی، پروفیلاکسی ترومبوآمبولی شروع زودرس تغذیه و به راه انداختن سریع بیمار بعد عمل. از آنجا که استفاده از این مدل و بررسی پیامدهای آن در مورد هیستریکتومی به ندرت در دنیا بررسی شده و همچنین کاربرد آن تا کنون در ایران صورت نگرفته است و این روش میتواند بار مالی کمتری به بیمار و سیستم درمان وارد نماید، محقق بر آن شد تا از این مدل در موارد هیستریکتومی انجام شده در مرکز آموزشی درمانی کوثر استفاده نماید و نتایج و آثار آن را در بهبود رضایت و کیفیت زندگی بیمار بررسی نماید.





- Gorlero F, Lijoi D, Biamonti M, Lorenzi P, Pullè A, Dellacasa I, et al. Hysterectomy and women .1  
.satisfaction: total versus subtotal technique. Arch Gynecol Obstet.2008;278(5):405-10
- Socialstyrelsen. The National Board of Health and Welfare. Statistical databases. Web link: .2  
[www.socialstyrelsen.se/en/Statistics](http://www.socialstyrelsen.se/en/Statistics)
- Persson P, Hellborg T, Brynhildsen J, Fredrikson M, Kj?lhede P. Attitudes to mode of hysterectomy--a .3  
.survey-based study among Swedish gynecologists. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009a;88(3):267-74
- Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to .4  
.hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. 2009.8;(3):CD003677
- Shehmar M, Gupta JK. The influence of psychological factors on recovery from hysterectomy. J R Soc .5  
.Med. 2010;103:56-59
- Carter J, Szabo R, Sim WW, Pather S, Philp S, Nattress K et al. Fast track surgery: a clinical audit. Aust .6  
.N Z J Obstet Gynaecol. 2010;50(2):159-63
- Kehlet H. Fast-track colorectal surgery. Lancet 2008a Mar 8;371(9615):791-3 .7
- Varadhan KK, Lobo DN, Ljungqvist O. Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical .8  
.care. Crit Care Clin. 2010;26(3):527-47
- Kroon U-B, R?dstr?m M, Hjelthe C, Dahlin C, Kroon L. Fast-track hysterectomy: A randomised, .9  
.controlled study. Eur J Obstet Gynecol 2010;151(2):203-207
- Kj?lhede P, Langstrom P, Nilson P, Wodlin NB, Nilson L. The impact of quality of sleep on recovery from .10  
.Fast-Track Abdominal Hysterectomy. J of Clinical Sleep Med 8(4); 2012: 395-402
- Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. BMJ.n2001;322(7284):473-6 .11
- White PF, Kehlet H, Neal JM, Schricker T, Carr DB, Carli F. The role of the anaesthesiologist in fast-.12  
.track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. Anesth Analg. 2007;104:1380-96
- Holte K, Kehlet H. Fluid therapy and surgical outcomes in elective surgery: a need for reassessment in .13  
.fast-track surgery. J Am Coll Surg. 2006;202:971-89
- Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in .14  
.colonic surgery. Br J Surg. 2006;93(7):800-9
- Tavassoli F, Tavassoli A, Vahid Roodsari , Tavassoli S. A Comparison of Safety and Efficacy of Early .15  
.and Delayed Oral Feeding after Abdominal Hysterectomy. Available at WWW.SID.ir
- Borendel Wodlin N. Fast Track abdominal hysterectomy on the made of anesthesia, postoperative .16  
.recovery and health economics. Linkoping University Medical Dissertation . no.1251
- Kj?lhede P, Longstrom p,Nilson P,Wodlin NB, Nilson B. The impact of quality of sleep on recovery from .17  
.fast track abdominal hysterectomy. J Clin Sleep Med. 2012 Aug 15;8(4):395-402

Nilsson L, Wodlin NB, Kj?lhede P. Risk factors for postoperative complications after fast-track .18  
.abdominal hysterectomy. Australian and New Zealand J of ob and gyn 2012; 52(2) : 113-120  
Minig L, Chuang L, Patrono MG, Chereguini MF, Cardena Rebollo JM. Clinical outcomes after fast-track .19  
.care in women undergoing laparoscopic hysterectomy. Int J of Gyn Obs 2015; 131(3), 301–304

---